Rok XXVIII. Kraków, 30 Marca 1889. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 14 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty?

napisał

Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

Kiła to nowożytne morowe powietrze, jak ją słusznie nazwał Fournier, jest jak każda choroba przyrzutowa podwójnie groźną a mianowicie: raz dla dotkniętego nią, bo tenże nie może przewidzieć ani lekarz nie może przepowiedzieć, jakim będzie przebieg choroby, a powtóre dotknięty tą chorobą bywa bardzo często samowolnie lub mimowolnie źródłem i przyczyną szerzenia się choroby. Leczenie więc kiły ma również podwójne zadanie, t. j. wyleczyć dotkniętego chorobą i drugie bardzo ważne: ochronić niedotkniętych od choroby bardzo łatwo się udzielającéj. Pozornie zdawałoby się, że można łatwiéj ochronić się od kiły, która przeważnie przez obcowanie płciowe się udziela — aniżeli od wielu chorób zakaźnych i dlatego właśnie, że nabycie choroby dość często jest poniekąd aktem dobrowolnym, mniéj do niedawna zwracano uwagę na środki ochronne kiły.

Niezmierne spustoszenia, jakie czyni ta choroba od pierwszéj chwili pojawienia się w Europie do dnia dzisiejszego, nawołują wszelkie władze, aby kiłą się zaopiekowały, ale mimo to rezultat zabiegów nie jest wielki, co w poważnéj części przypisać należy naszéj niemocy w leczeniu i zapobieganiu téj choroby. Od chwili pojawienia się choroby w Europie, a więc przez cztery wieki, stosujemy prawie jedne i te same środki — a mimo to nawet w najkardynalniejszych zagadnieniach nie ma zgody. Chociaż liczba przeciwników rtęci z każdym dniem się zmniejsza, przecież szukamy i innych sposobów leczenia z zamiarem uniknięcia używania rtęci, która niewątpliwie jest najdzielniejszym środkiem w leczeniu kiły.

Ważność sprawy leczenia kiły udowadnia już ta okoliczność, że ona nie schodzi z porządku dziennego zjazdów i kongresów lekarskich i mimo, iż najznakomitsi lekarze i największe powagi naukowe nią się zajmują, nie umiemy podać, jakie leczenie jest najstósowniejsze i najracyjonalniejsze.

Gdy w leczeniu kiły dwa względy mamy na celu, t. j. wyleczenie dotkniętego i powstrzymanie szerzenia się choroby, takie leczenie byłoby najracyjonalniejsze, któreby w najkrótszym czasie usuwało doszczętnie chorobę, zabezpieczałoby od groźnych następstw i zmniejszało ilość recydyw, czyli co na jedno wychodzi, zmniejszałoby ilość źródeł choroby. Ponieważ profylaksa kiły jest doniosłego znaczenia, przeto najmniéj zasługuje leczenie wyczekujące (niekiedy dające dobre wyniki) na częste zastosowanie w praktyce, albowiem leczeniu wyczekującemu towarzyszą najczęstsze nawroty chorobowe, a przez to samo najdłużéj utrzymują się źródła chorobowe. Ponieważ zaś leczenie rtęcią jest najefektowniejsze, i najprędzéj prowadzi do celu i najszybciej usuwa zmiany, dlatego ma ono najwięcéj zwolenników. Dotąd jednak nauka nie odpowiedziała, w jaki sposób użyta rtęć najłatwiéj usuwa chorobę i jakkolwiek w ostatnich czasach coraz nowsze sposoby stosowania rtęci powstają, długo będziemy czekać, zanim nauka ostatnie słowo w tym względzie wypowie.

W leczeniu kiły mówimy zawsze dużo o indywidualizowaniu, a mimo to szukamy szablonu, któryby był drogoskazem, jak postępować powinniśmy.

Indywidualizowanie jest rzeczą bardzo ważną, albowiem od niego zależy w głównéj części efekt leczenia. Powinniśmy już raz przyjść do przekonania, że nie w czém inném, tylko w osobniku, dotkniętym chorobą, należy szukać przyczyny, że jeden i ten sam jad wywołuje tak różnorodne zmiany — raz bardzo lekkie, drugi raz bardzo groźne, a gdy tak jest, z góry przepowiedzieć można, że w każdym przypadku leczenie kiły powinno być inne i że to, co w jednym przypadku będzie bardzo użyteczne, może być w drugim przypadku bardzo szkodliwe. Że tak jest, najłatwiéj udowodnić na przykładzie. Gdy kiłą dotknięty jest narząd ważny, którego zniszczenie może pociągnąć za sobą utratę życia, wówczas nie oglądamy się na nic i leczymy najenergiczniéj, choćby nawet objawy zajęcia ust istniały. Inaczéj jednak postąpimy n. p. w czasie leczenia wysypki wrzodzącéj, która

tém łatwiej ustąpi, w im korzystniejszych warunkach hygienicznych ustrój leczonego znajdować się będzie. W obu razach leczymy jednę i tę samę chorobę, ale w pierwszym razie bez przerwy rtęć podawać będziemy, w drugim zaś podawanie rtęci byłoby bezwarunkowo szkodliwe. Leczenie więc według z góry oznaczonéj metody nigdy nie będzie możliwe, a brak indywidualizowania jest najsłabszą stroną wszystkich metod leczenia, których coraz więcéj się mnoży. Nietylko jednak indywidualizowanie chorego, ale i indywidualizowanie choroby, to jest uwzględnienie jéj okresu, jest bardzo ważną rzeczą.

Podniosłem sprawę indywidualizowania dlatego, bo w dalszym ciągu podaję również sposób leczenia niekiedy bardzo skuteczny, a chciałbym się uchronić od zarzutu, jakobym o indywidualizowaniu nie pamiętał.

Poprzednio powiedziałem, że najracyjonalniejszém byłoby leczenie, które usuwało w najkrótszym czasie doszczętnie chorobę, zabezpieczało od groźnych następstw i zmniejszałoby ilość recydyw, czyli zmniejszało ilość źródeł choroby; w nagłówku zaś wypisałem: jakie leczenie daje najlepsze rezultaty. Nie chcąc, aby czytelnik sądził, że zdołam odpowiedzieć na zapytanie, z góry się zastrzegam, iż zdaniem mojem odpowiedź obecnie nie jest możliwą i nauka dać ją może po zbieranych doświadczeniach długie lata trwających; jeżeli zaś po kilkoletniem już doświadczeniu poważam się podać sposób leczenia, to czynię to jedynie, aby zachęcić innych do robienia doświadczeń, które z tego względu zasługują na uwagę, że przy tym sposobie leczenia ilość recydyw na częściach płciowych jest zdaje mi się znacznie mniejszy niż przy innych sposobach leczenia, a przebieg zazwyczaj łagodniejszy niż w zwykłych warunkach. Gdyby przytoczone twierdzenie się sprawdziło, byłoby to ważną rzeczą, bo niewątpliwie ilość zapadających na kiłę przez zarażenie się przy spółkowaniu byłaby mniejszą. W dalszym ciągu przekona się czytelnik, że rzecz przedłożona nie jest nową, ani środki użyte nie są nowe, a może tylko sposób przeprowadzenia leczenia odpowiada zapatrywaniom bakteryjologów na choroby zakaźne a w szczególności wypływa z teoretycznych poglądów, jakie o istnieniu kiły i jéj rozwoju obecnie posiadamy.

W wykładzie o poronnem leczeniu kiły, mianym na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie (który to wykład nawiasem mówiąc wkrótce ogłoszę), zdaje mi się, udowodniłem, że pierwotny objaw kiły bywa co najmniéj niekiedy objawem miejscowym choroby i że przez doszczętne zniszczenie jego udaje się nam wyjątkowo zupełnie wyleczyć kiłę, a właściwie do jej rozwoju nie dopuścić. Jakkolwiek prątków kiłowych dotąd stanowczo nie odkryto, bardzo prawdopodobne jest przypuszczenie, że prątki są przyczyną kiły, a pasorzytnicza istota kiły zupełnie godzi się z przypuszczeniem, że nie zaraz w jednéj chwili zostaje organizm cały zakażony, ale, że zakażenie zwolna się odbywa i przez bliżéj nieoznaczony czas i zapewne w różnych przypadkach różnie długi, choroba jest czysto miejscową.

Mówiąc słowami Baumgartena tak sobie wyobrażamy szkodliwe dla organizmu działanie prątków, przyczyny chorób zakaźnych: Gdy dany rodzaj bakteryj dostanie się do utkania zwierzęcego — osiedli się i rozmnoży — wówczas osobniki bakteryj muszą, aby się odżywić, żyjące soki tkanin i żyjącą protoplazmę komórek rozłożyć i ich chemiczną konstytucyję odpowiednio dla swego odżywienia zmienić. Tę zmianę uważać możemy w myśl zapatrywań Virchowa, jako drażnienie (Reiz), a gdy każde drażnienie żyjących komórek wywołuje zmiany w życiu komórek pod względem odżywiania, formy i funkcyi — musi takie drażnienie wywołane obecnością bakteryj w tych kierunkach się objawić. Głównie objawiają się zmiany w odżywianiu zadrażnionych komórek i gdy drażnienie było bardzo silne i szybko działające, może nastąpić śmierć komórek (Nekrobiosa, Virchow) albo, gdy drażnienie było słabsze i powolniéj działające, komórki bujają i tworzeniem nowych elementów oddziaływają na drażnienie (*Formative Reizung*). Do tego dołączają się zmiany w funkcyji, a wynikiem téjże jest wystąpienie z naczyń tych rzeczonego, łatwo krzepiącego płynu wraz z ciałkami szczególnie białemi i t. d. Aby to wszystko stać się mogło, musi proces być najpierw miejscowy i dopiero zwolna czy to drogą naczyń krwionośnych, czy limfatycznych, czy też drogą tkanin powoli się uogólnia. Zastosowując ten pogląd do kiły, wyobrażamy sobie, iż przyrzut kiłowy przez pewien czas zajmuje miejsce wejścia jadu i jego najbliższą okolicę — potém zwolna się rozradza w temże miejscu i zwolna dostaje się do gruczołów limfatycznych i tu znowu się rozradza. W następstwie szkodliwego działania przyrzutu wytwarza się najpierw pierwotny objaw kiły w miejscu wejścia przyrzutu, a wkrótce potem czasem równocześnie powiększają się i charakterystycznie obrzmiewają i twardną gruczoły.

W gruczołach limfatycznych rozradza się przez dłuższy czas przyrzut, którym bywa zasilany cały ustrój i gdy odpowiednia ilość przyrzutu dostanie się do ogólnego obiegu krwi, występują widoczne objawy ogólnego zakażenia, które w tych miejscach i tkaninach najsilniej się objawiają, w których drażnienie z jakiegokolwiek powodu jest najsilniejsze, jak to codzienne doświadczenie uczy. Jeśli tak jest, gdy pierwszym etapem i miejscem rozradzania się przyrzutu jest miejsce, przez które przyrzut dostał się do organizmu, wskazaną jest rzeczą ze stanowiska teoretycznego usunąć je i zrobić nieszkodliwemi, co najłatwiéj uskutecznić za pomocą wycięcia. Doświadczenie poucza, że teoryję popierają dodatnie, choć bardzo nieliczne rezultaty po wycięciach, za pomocą których udaje się niekiedy zapobiedz kile. Niestety zdarza się dla wycięć bardzo rzadko sposobność, gdyż albo rozpoznanie stanowcze nie jest możliwe, albo umiejscowienie pierwotnego owrzodzenia dla wycięcia nie wygodne, albo co najczęściéj się zdarza, chorzy tak późno się zgłaszają o pomoc, że już zajęcie gruczołów limfatycznych wskazuje rozrodzenie się przyrzutu w gruczołach. W myśl teoretycznych przypuszczeń, gdyby usunięcie pierwotnego objawu — pierwszego etapu było bez korzyści, należałoby zwrócić uwagę na drugie miejsce, w którém się przyrzut rozradza, a tem są gruczoły limfatyczne.

Godzę się w zupełności z zapatrywaniem tych, którzy nieprzemawiają za wycinaniem gruczołów zajętych w kile, a najbliżéj miejsca wejścia przyrzutu do ustroju ułożonych, wraz z pierwotnym objawem kiły, jakkolwiek dwa przypadki tego rodzaju, obserwowane przezemnie, miały przebieg bardzo łagodny. Zdaje mi się bowiem, że w chwili, kiedy od dłuższego czasu zajęte są gruczoły, niewątpliwie część przyrzutu już krąży we krwi, a zresztą doszczętne wyjęcie gruczołów nie należy do zbyt łatwych rzeczy i ze słusznością przypuścić można, że pozornie niezajęty gruczoł rzeczywiście jest zajęty, z drugiéj strony niepodobna z pewnością wykluczyć, czy dalej ułożone gruczoły limfatyczne nie dzierżą w sobie przyrzutu, który n. p. po wyjęciu gruczołów pachwinowych mógłby się rozrodzić w gruczołach biodrowych. Upatrując jednak w gruczołach pachwinowych najpoważniejsze źródło

zakażenia, zdawało mi się koniecznem w myśl teoretycznych rozumowań zadziałać w ten sposób na gruczoły zajęte, aby utrudnić dostanie się przyrzutu z tychże do ogólnego obiegu krwi. Uważając zajęcie gruczołów jako symptom zakażenia i źródło rozradzania się przyrzutu, a wiedząc, że najłatwiéj objawy kiłowe ustępują pod wpływem rtęci, postanowiłem od pierwszéj chwili stanowczego rozpoznania kiły, usuwać objaw chorobowy przez użycie rtęci w postaci szaréj maści do miejscowych wcierań w okolicę zajętych gruczołów. Liczne doświadczenia przypadkowo i z umysłu robione, a wskazujące fakt niezbity, że objawy kiłowe tém raźniéj ustępują, im bliżéj siedziby objawu rtęć zastósowano, usprawiedliwiały moje postępowanie, użyłem zaś do miejscowego leczenia rtęci w postaci maści szaréj, bo ta zdaniem mojém przewyższa wszystkie dotąd przetwory wewnętrznie i podskórnie używane i przytém nie mogłem odmówić dodatniego wpływu samemu uciskowi, towarzyszącemu wcieraniom dłuższy czas trwającym. W myśl tego rozumowania leczyłem, a mianowicie, gdzie tylko było możliwe, usuwałem za pomocą wycięcia pierwotne objawy kiły, już to w postaci owrzodzeń lub stwardnień, gdy byłem pewny rozpoznania, gdy ono — powtarzam — nie ulegało żadnéj wątpliwości, rozpoczynałem zaraz po wycięciu pierwotnego objawu kiły miejscowe wcierania. Robiłem to w przypadkach wycięcia dlatego, bo własne doświadczenie pouczyło mnie, iż po wycięciach w najkorzystniejszych warunkach dokonanych i z wszelką przezornością zawsze prawie następował obrzęk gruczołów limfatycznych najbliżéj pierwotnego objawu kiły ułożonych, a potem ogólne jakkolwiek najczęściéj łagodne objawy zakażenia. Zanim pokrótce przytoczę, jaki rezultat otrzymywałem, opiszę dokładnie sposób, jak postępowałem.

Oto bez względu na to, czy wycięcie było możliwe, czy nie było możliwe lub nie miało żadnéj racyi, t. j. gdy był obrzęk naczyń na grzbiecie prącia i w rowku żołędziowym lub silniéj wytworzony obrzęk gruczołowy w obu pachwinach lub przynajmniéj w jednéj pachwinie — rozpoczynałem od miejscowych wcierań, dokonywanych codziennie, później co 2 lub 3 dzień w okolicę zajętych gruczołów z chwilą stanowczego rozpoznania, zawsze przed wystąpieniem ogólnych objawów, nie oglądając się na czas trwania choroby. Zapisywałem w tym celu na dzienną dawkę co najmniéj 1·5— 2·00 gramów maści szaréj, przekonawszy się, że mniejsze dawki są za mało skuteczne i polecałem całą ilość wcierać w obie pachwiny, przyczém żądałem, aby wcieranie na każdą pachwinę trwało co najmniéj 10—15 minut. Już po kilku wcieraniach zwykł powstawać wyprysk w okolicy nacieranéj, co mnie nie powstrzymywało od dalszych wcierań, a tylko w razie wystąpienia tak silnego wyprysku, iż wcieranie a nawet chodzenie było uciążliwe, zalecałem kilkudniową przerwę.

Dla szybszego ustąpienia zmian wyprysku wystarczało dokładnie umyć wodą i mydłem część zajętą, a swędzenie ustępowało po użyciu jakiegokolwiek tłuszczu do nacierań. Z chwilą ustąpienia wyprysku znowu polecałem dalsze wcierania i rzadko mi się zdarzało, abym z powodu powtórnego wyprysku leczenie przerywać musiał. Tutaj dodać muszę, że skutek leczenia zależał zawsze od sumiennego wypełnienia poleceń, a wyprysku tém łatwiéj unikali leczeni, im dokładniéj przed każdém wcieraniem zmywali i osuszali część poprzednio smarowaną. Ma się rozumieć, że prócz tego leczyłem owrzodzenie, względnie stwardnienie, środkami miejscowemi, jak n. p. przymoczką z azotanu srebra (0·4—1·00), proszkiem jodoformowym, rzadziéj jodolem, jako mniéj skutecznym, maścią z tlenku czerwonego (0·5—1 na 10 tłuszczu), przylepcem rtęciowym z mydlanym (*Empl. hydr. c. sapon.-āā*) a w razie stwardnienia bez owrzodzenia pomazywałem często rozczynem wyskokowym sublimatu (0·5—10), gojąc powstające po tych pomazywaniach powierzchowne nadżerki przykładaniem waty po najdokładniejszém obmyciu i przy utrzymywaniu największéj czystości.

Prócz tego zachowywać polecałem wszelkie ostrożności, jakich wcierania wymagają, a więc nakazywałem utrzymywanie w jak największéj czystości jamy ustnéj, płukanie chloranem potasowym i zawsze doradzałem powstrzymywania się lub zupełnego zaprzestania palenia tytoniu i wreszcie polecałem bardzo częste kąpiele ciepłe o ciepłocie 28—31° R. lub chętniéj kąpiele parowe co najmniéj raz na tydzień. Tylko w niektórych przypadkach ograniczałem się do miejscowych wcierań — w innych równocześnie podawałem rtęć zewnętrznie (Sublimat) w innych zaś obok wcierań miejscowych jod wewnętrznie. Jak korzystnym był wynik leczenia w przypadkach, w których równocześnie wycinałem wrzody, wskazują historyje chorobowe w krótkości przytoczone. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do kazuistyki t. zw. *Diabetes lipogeneticus*

Podał

Dr. Leon Rosenbusch we Lwowie.

Pod nazwą *Diabetes lipogeneticus* opisał prof. Dr. E. H. Kisch w Nrze 46 *Berl. klin. Wochenschrift* z roku 1887 często pojawiające się przypadki moczówki cukrowéj spostrzegane przezeń w Maryjenbadzie, które uważa za następstwo ogólnego stłuszczenia (*Lipomatosis universalis*) jako choroby pierwotnéj, z którą następowo występująca moczówka cukrowa w ścisłym pozostawać ma związku. Obecnie opisuje K. w Nrze 52 *Internat. klin. Rundschau* cztery nowe przypadki, które mu się nastręczyły w ciągu ostatniego sezonu kąpielowego w Maryjenbadzie.

Wszystkie cztery osoby dotknięte cukrzycą pochodzą z rodzin skłonnych do tycia i sami już we wczesnym wieku nadmiernie otyli. Ciężar ich wynosi 97, 100, 101 i 107 kilogramów. Najmłodszy chory liczy lat 29, najstarszy 64. W jednym z opisanych przypadków stanowi czasowo występujący cukromocz (*Glycosuria*) przejście do właściwéj cukrówki moczowéj.

Kisch tłumaczy ogólne stłuszczenie i następową moczówkę cukrową wrodzonemi nieprawidłowemi własnościami komórek tkankowych, które mają być powodem niedostatecznego spalenia tłuszczu w pierwszym a nieprawidłowego zużywania w drugim przypadku (niedostatecznéj fermentacyi i spalenia). Dziedziczna skłonność do tych zaburzeń odżywczych występować ma u członków téj saméj rodziny raz w jednym, raz w drugim kierunku a przy sprzyjających okolicznościach występują obydwie choroby razem u jednego osobnika.

Wszędzie, gdzie już wcześnie występuje dziedziczna otyłość i szybkie robi postępy, należy zdaniem autora podejrzywać wystąpienie choroby cukrowéj, któréj według jego spostrzeżeń więcéj niż połowa dziedzicznie do wybitnego stłuszczenia skłonnych ulega. Obok tych przypadków dziedzicznéj wybitnéj skłonności odróżnia jeszcze autor przypadki nabytego ogólnego stłuszczenia, będące wynikiem niestosownego życia, jak nadużywania pokarmów tłuszcz wytwarzających, braku ruchu, nadużywania wyskoku a zatém nad-

miernego tuczenia, które przy dłuższém trwaniu również skłonność do rozwinięcia się cukrzycy wytwarzają. Procent zapadania na cukrzycę ma tu być znacznie mniejszym i nie przekraczać 15tu.

Nawięzując do przypadków przez K. podanych, streszczam w krótkości dwa przypadki moczówki cukrowéj z praktyki prywatnéj, z których pierwszy 3, drugi dwa lata spostrzegam, a w których wybitne ogólne stłuszczenie dziedziczne wykazać mogę.

I. S. S. lat 59 liczący właśc. dóbr zgłosił się do mnie po raz pierwszy w roku 1886ym z powodu znacznego ogólnego chudnienia, nadmiernego pragnienia i postępującego słabnięcia. Chory ważył natenczas 97 klgr. a miał w przeciągu 3 miesięcy utracić 5 klgr., co czyni razem 102 klgr. Pochodzi z rodziny wybitnie skłonnéj do ogólnego stłuszczenia. Ojciec jego miał ważyć 103 klgr., z żyjących czterech sióstr każda przekracza 80 klgr. Badanie wykazało powiększenie poprzecznego rozmiaru serca przy głuchych tonach, znaczne powiększenie wątroby i śledziony i objawy zastoinowe w zakresie krążenia żylnego. Badanie moczu wykazuje obecność cukru w ilości $3\frac{1}{2}\%$ i ślad białka, który jednak już po 2 tygodniach znikł zupełnie. Po 6 tygodniowém leczeniu zdrojowém w Karlsbadzie i wyłącznie mięsnéj dyjecie, w moczu cukru zwykłemi sposobami nie było można wykazaać. Stan ten utrzymał się dość długo, bo do lipca 1887 roku, w którym to czasie wszystkie poprzednio opisane objawy ponownie wystąpiły (cukru 4%) a znikły po odbytym powtórném leczeniu zdrojowém w Karlsbadzie. Po raz trzeci występuje nawrot sprawy chorobowéj w maju 1888 roku (cukru nad 4%) a ustępują po zastosowaniu wyłącznie mięsnéj dyjety i wody karlsbadzkiéj z pozostawieniem wybitnego śladu cukru, który odtąd stale się utrzymuje i zawsze zwiększa do 3 i 4%, ilekroć chory przepisów dyjetycznych ściśle nie przestrzega.

II przypadek dotyczy 48 lat liczącéj żony kupca ze Lwowa. I tu także wykazać się daje wrodzona skłanność do nadmiernego tycia. Matka choréj ważyła 90 klgr., sama chora waży 95 klgr., córka téjże starsza 28 licząca waży 82 klgrgr., młodsza 74. Chora zgłosiła się do mnie w kwietniu 1887 roku z powodu objawów duszności i nadmiernego pragnienia. Badanie moczu wykazało wybitny ślad cukru. Ilość moczu na dobę stale wybitnie zwiększona. Chora odbyła dwumiesięczne leczenie w Maryjenbadzie i odniosła znaczną ulgę w objawach podmiotowych. Po powrocie uskutecznione ważenie wykazało ubytek $5\frac{1}{2}$ klgr., w moczu cukru nie można było wykazać. Już w grudniu 1887 wystąpiły znowu objawy choroby cukrowéj (cukru 2%). W czerwcu i lipcu 1888 odbyła chora powtórnie leczenie zdrojami maryjenbadzkiemi, poczém ilość cukru znacznie się umniejszyła. Obecnie stale ślad wybitny wykazać można. Nadmienić tu muszę, że u starszéj córki choréj kilkakrotnie stwierdziłem w zeszłym roku podczas trwania ciąży wybitny ślad cukru, który po porodzie zginął.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Prof. Oppenheimer: **O ruchach żołądka.**

Wprawdzie o przedmiocie tym dużo pisano, to przecież nie ulega wątpliwości, że mechanizm, dzięki któremu strawione pokarmy dostają się z żołądka do dwunastnicy, jest nieznany. Powszechnie przypuszczają, że z chwilą zetknięcia się pokarmu z błoną śluzową żołądka, narząd ten się kurczy, że powstają ruchy robaczkowe, które od czasu do czasu wypychają przetrawioną miazgę do dwunastnicy. Dokładniejsze badania wykazały, że natychmiast po wprowadzeniu pokarmów do żołądka powstaje skurcz toniczny mięśni okrężnych tego narządu, który trwa rozmaicie długo i kilka minut a czasem do 3—4 godzin. Zdawałoby się, że skurcz ten całéj warstwy mięsnéj przezwycięży siłę odźwiernika i przesunie przez takowy miazgę pokarmową. Tak jednak nie jest, strawione pokarmy zaczynają dopiero opuszczać żołądek z chwilą, kiedy jednostajny skurcz ustępuje miejsca ruchom robaczkowym. Prawa część żołądka wykonywa inne ruchy robaczkowe niż lewa i jedne od drugich są zupełnie niezawisłe. Po stronie prawéj rozpoczyna się skurcz w dwunastnicy w okolicy ujścia przewodu żółciowego wspólnego i postępuje w kształcie fali ku żołądkowi; przekroczywszy odźwiernik staje się silniejszym ale dochodzi tylko do połowy żołądka, poczém powraca ku dwunastnicy silniejszy i wybitniejszy niż ruch przeciwrobaczkowy. Tak ruch robaczkowy jak i przeciwrobaczkowy występuje wyraźniéj po stronie krzywizny wielkiéj żołądka. Podczas gdy prawa strona żołądka wykonywa naprzemian ruchy w przeciwległych kierunkach, strona lewa nie pozostaje w spokoju. Tutaj powstaje skurcz około wpustu słabiéj i mniéj wyraźnie niż po stronie prawéj, posuwa się ku środkowi żołądka przeważnie po krzywiźnie wielkiéj; w środku zatrzymuje się i nie powraca w stronę wpustu.

Dopóki treść żołądka jest stała, dopóty ruchy robaczkowe nie wpływają na jéj wydalanie do dwunastnicy, dopiero, gdy pokarmy staną się miazgą mniéj lub więcéj płynną, wtedy od czasu do czasu podczas ruchu robaczkowego prawéj strony żołądka wypełnia się dwunastnica treścią. Ruchy części lewéj wsuwają wtenczas do prawéj połowy żołądka tyle miazgi, ile jéj się dostało do jelit. Wszystkie ruchy robaczkowe są najsilniejsze pod koniec trawienia żołądkowego. Trzy rzeczy zasługują tu wielce na uwzględnienie: 1) niejednostajne zachowanie się prawéj i lewéj połowy żołądka. 2) fakt, że podczas jednostajnego tonicznego skurczu całéj warstwy mięśni poprzecznych odźwiernik jest zamkniętym i 3) to, że odźwiernik otwiera się podczas względnie słabych ruchów robaczkowych.

Ten fakt ostatni dotąd należy uważać za niewytłómaczony, bo nie możemy się powoływać na siłę mechaniczną żołądka, zważywszy, że skurcz silniejszy toniczny nie ma na odźwiernik żadnego wpływu, ani też na bodźce chemiczne drażniące błonę śluzową żołądka, bo wiemy, że bodźce te wywołują właśnie zamknięcie odźwiernika. Według dawniejszych poglądów miały tu odgrywać rolę włókna mięsne podłużne, których miejscem przyczepienia stałego miała być okolica wpustu a przyczepienia ruchomego okolica odźwiernika, ale łatwo pojąć, że skurcz takich mięśni mógłby tylko przemieścić odźwiernik na lewo, ale nigdy nie mógłby go otworzyć. Jasną więc jest rzeczą, że przyczyny, dla któréj odźwiernik się otwiera, nie należy szukać w żołądku, lecz po za nim, w jelitach. Zapatrywanie to popierają rozliczne spostrzeżenia, które uczą, że do pustego żołądka treść jelit wśród pewnych okoliczności łatwo się dostaje. I tak znajdowano niejednokrotnie w czczym żołądku żółć, a i wymioty kałowe w przebiegu niedrożności jelit dowodzą tego również. Co więcéj sztuczne zadrażnienie jelit środkiem przeczyszczającym, wzmagającym ruchy robaczkowe jelit i tylko jelit przyczynia się często, jak doświadczenie uczy, do łatwiejszego wypróżnienia się żołądka, dotkniętego rozstrzenią. Zadać sobie tylko trzeba pytanie, w jaki sposób zadrażnienie jelit wywołuje otwarcie się odźwiernika. Ażeby na nie odpowiedzieć, trzeba sobie uprzytomnić przebieg włókien mięsnych podłużnych w ścianie żołądka. Otóż z prawéj strony gardziela biegnie wiązka silnych mięśni przez krzywiznę mniejszą aż do odźwiernika, z lewéj strony przechodzi w kształcie włókien rozpierzchłych na przednią i tylną ścianę żołądka. Ostatnie te włókna łączą się znowu w pęczek, który idzie do odźwiernika i częściowo go przekracza przechodząc w podłużne mięśnie dwunastnicy. Otóż wyobrazić sobie należy, że miejscem stałego przyczepu jednych mięśni jest okolica wpustu, drugich dwunastnica, jak wiadomo silnie na podstawie ustalona. Skurcz jednych przesuwałby odźwiernik w lewo, drugich w prawo, skurcz obydwóch musi zmienić kierunek osi pierścienia odźwiernika, wydłużyć takowy i otworzyć. Jeżeli więc do otwarcia odźwiernika potrzebny jest skurcz mięśni podłużnych dwunastnicy a względnie zadrażnienie zwojów Auerbacha i Deissnera, które według Schwalbego znajdują się w wielkiéj ilości w dwunastnicy, to nie trudno zrozumieć, dla czego po środkach przeczyszczających żołądek się wypróżnia. Nadto Oser wykazał, że zadrażnienie *n. splanchnici* przyczynia się do otwarcia odźwiernika, prawdopodobnie przez to, że wywołuje niedokrewność jelita,

która jest bodźcem dostatecznym do wywołania skurczu. (*Deutsche Medicin. Wochensch.* 1889, Nr. 7). *A. R.*

(†) Dr. Wagner zbadał u 11 zdrowych ludzi wpływ spokoju, ruchu, pracy fizycznéj i snu na własności soku żołądkowego. Na podstawie tych badań postawił autor następujące tezy: 1) zdolność trawiąca soku żołądkowego jest najmniejszą w czasie mocnego snu; 2) praca i męczące spacery zmniejszają zdolność trawiącą soku w porównaniu do działania spokoju lub przechadzek z odpoczynkami. We wszystkich tych przypadkach zmniejszenie zdolności trawiącéj zależało nie od braku pepsyny, lecz od niedostatku kwasu chlorowodowego w soku żołądkowym. (*Wracz*, Nr. 3).

Patologija.

Brik (Wiedeń): **O skurczu pęcherza.**

Napadowo występujące skurczowe ściągnięcie się mięśni pęcherza, które objawia się parciem na mocz nazywamy skurczem pęcherza (*Cystospasmus*). Te skurcze mają przyczynę albo w układzie nerwowym ośrodkowym i tak występują przy wzruszeniach umysłowych, strachu, trwodze, szczególnie u osób nerwowych, albo też przyczyna leży w innych narządach i występują na drodze odruchowéj: tak przy rozmaitych chorobach nerek, moczowodów, gruczołu krokowego, odbytnicy, narządów płciowych kobiecych. Nieprawidłowa treść pęcherza, jak ciała obce, albo też nieprawidłowy skład moczu, jak dyskrazyja moczanowa i fosforanowa, również może wywołać skurcz zdziergacza. Daléj występuje ta choroba po użyciu napojów zawierających kwas węglowy, jak szampana, wody sodowéj, młodego piwa, wina, po użyciu leków mocno czyszczących i olejków eterycznych. Przyczynę w obwodowych nerwach ma cierpienie w rozmaitych sprawach zapalnych i rozpadowych pęcherza i cewki moczowéj, w zadrażnieniu tych narządów przez wybryki płciowe, przez rzeżączkę, daléj w przypadkach szczelin i wrzodów odbytnicy. Najgłówniejszym objawem téj choroby jest gwałtowne, napadowo powracające parcie na mocz połączone z silnemi rozpromieniającemi się boleściami, albo też bez takowych. Podczas snu napady zwykle ustają. Leczenie jest ogólne i miejscowe. Co do pierwszego, trzeba usuwać wszelkie wpływy szkodliwe, jak wzruszenia umysłowe, powietrze wilgotne, przemoknięcie, wybryki płciowe, pokarmy zawierające kwas węglowy i korzenne. Leczenie samego napadu polega na stosowaniu ciepłych okładów, kąpieli i lewatyw a przedewszystkiém leków odurzających, jak morfinu wewnętrznie, w wstrzykiwaniach podskórnych, w czopkach jakotéż w lewatywie. Dobrze też działa *tinct. Cannab. indic.* kilka razy dziennie po 10—15 kropli albo wodnik chloralowy. Napady skurczu na tle nerwowém wywołane np. przez neurastenije, macinnicę, hypochondryję, nie ustępują działaniu środków odurzających, lecz wymagają środków eterycznych, jak lewatyw albo okładów aromatycznych z rumianku, kozłka itp., przetworów bromowych w wielkich dawkach. U osób dotkniętych niedokrewnością lub błednicą wskazane są środki wzmacniające, chinin, żelazo, arsen i odpowiednie wody mineralne jak Roncegno, Levico. W dyskrazyi moczanowéj są stosowne leki alkaliczne, jak szczawy sodowe, wody mineralne sodowe, bilińska itd.; w dyskrazyi fosforanowéj leczenie za pomocą kwasów. Przytém dobrze działają przetwory bromowe z salicylanem sodowym. W odpowiednich przypadkach trzeba też miejscowo leczyć, np. szczeliny i zatoki odbytnicy, usunięcie ciał obcych z odbytnicy i z pęcherza. W przypadkach uporczywych, wywołanych przez cierpienie części krokowéj, jak po samogwałcie, wybrykach płciowych oddaje świetne usługi leczenie za pomocą zgłębnika i środków ściągających i żrących, jak siarkanu miedziowego i azotanu srebrowego tak u mężczyzn jak również u kobiet. (*Internat. kl. Rundschau* 1889, Nr. 2). *Dr. R. Spira.*

Bonardi (Pawia): **O poszukiwaniu ptomainów w plwocinach osób gruźliczych.**

Autorowi udało się po licznych rozbiorach chemicznych plwocin gruźliczych wykazać w nich zasady organiczne, które okazywały zwykłe oddziaływania alkaloidów. Alkaloidy te zaszczepione zwierzętom (królikom, świnkom morskim) wywoływały senność, zaburzenia ruchów, przyspieszenie tętna i osłabienie uderzeń sercowych, arytmiję, oddechanie powierzchowne i rozszerzenie źrenicy. B. przypuszcza między temi alkaloidami obecność neurydynu, który zawdzięcza powstanie swoje sprawom życiowym prątków gnilnych. W końcu dodaje B., że zasady wspomniane mają może znaczenie dla wytłumaczenia niektórych objawów gruźlicy płuc, jak gorączki, potów, zboczeń w narządzie krążenia itd. (*Intern. kl. Rundschau*). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Połubiński: **Wskazania do używania klizm i stoczków glicerynowych.**

Autor, zbadawszy działanie klizm i stoczków glicerynowych na znacznej liczbie chorych, przyszedł do następujących wniosków. Nie ulega wątpliwości, że gliceryna podrażnia błonę śluzową kiszki prostej; potwierdza się to uczuciem palenia i podwyższenia się rtęci w termometrze, wstawionym dosyć głęboko do kiszki. Podwyższenie ciepła i parcie na stolec trwają bardzo krótko. a jeżeli chory będzie się wstrzymywał z oddaniem kału, to parcie to może zupełnie przeminąć. Podrażnienie nie zwiększa wydzieliny błony śluzowej kiszki, ponieważ kał wychodzący jest pokryty tylko gliceryną. Najlepsze wyniki otrzymywał autor w tych przypadkach, gdzie zbite masy kałowe znajdowały się w kiszce prostej i esowatej. Tam, gdzie kał zatrzymuje się w częściach kiszek leżących wysoko, gliceryna jest bezskuteczną. Przypadki więc, w których wskazanem jest użycie klizm glicerynowych, są zdaniem autora następujące: 1. Jako środek ułatwiający przystosowanie kiszki prostej do oddawania kału w oznaczonych odstępach czasu. 2. W razie zatwardzenia powstałego w skutek zatrzymywania się kału w kiszkach grubych. Zdarza się to najczęściej u kobiet po porodzie w skutek zwiotczenia ścian jelit i powłok brzusznych, i w takim razie należy jeszcze oprócz klizm stosować mięsienie. 3. W chorobach gdzie jelito proste i esowate są mechanicznie ugniatane, np. w obec nowotworów w miednicy, ciąży i t. d. 4. Przy tyłozgięciu macicy. 5. Przy zołzach u dzieci i 6. U osób, które oddają kał codziennie, ale z wielką trudnością a nawet bólem w skutek znacznej zbitości kału. (*Wracz.* 1889 r. Nr. 1, 3 i 4). *A. W.*

(*A. R.*) **Chlorek metylu jako środek miejscowo znieczulający.** Pierwszy Debove w pracy p. t. *Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation*" zwrócił uwagę na to, że chlorek metylu rozpylony na skórę nad miejscem bolesném, uśmierza i skraca bóle, towarzyszące nerwobólowi kulszowemu. Bailly rozszerzył wskazania dla tego środka, twierdząc, że działa doskonale we wszystkich nerwobólach. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na to, że chlorek metylu dałby się także zastosować jako środek miejscowo znieczulający przy małych operacyjach zamiast eteru i kokainu. Ponieważ przy rozpylaniu nie można osiągnąć znieczulenia ograniczonego do miejsca, gdzie się ma operować, zastosował Bailly tampony rozmaitego kształtu i wielkości, a do trzymania takowych opisał osobne kleszczyki. Takie kleszcze z tamponem nazywa Bailly „Stype" a sposób znieczulania „Stypage". Jeżeli tampon styka się ze skórą przez dwie sekundy, wtenczas po chwilowém zadrażnieniu występuje bardzo krótko trwające przytępienie czucia; jeżeli zaś tampon pozostawi się nieco dłużéj, wtenczas skóra staje się białą, pergaminowo twardą i zupełnie znieczuloną i wtenczas jest najlepsza pora do operacyi. Długotrwałe stosowanie tamponu może mieć i złe następstwa w postaci odmrożenia, które może doprowadzić do powierzchownéj zgorzeli skóry. Środek ten wypróbowany przy rozmaitych drobniejszych operacyjach okazał się bardzo dobrym i ma wszelkie warunki do uzyskania obywatelstwa (*Wiener Medic. Blätter* 1889, Nr. 7).

Fernet **Leczenie owrzodzeń gruźliczych naftolem z kamforą.**

Fernet zaleca mieszaninę 1 cz. naftolu z 2 cz. kamfory, o gęstości syropu, przeciw owrzodzeniom gruźliczym z dobrym wynikiem tam nawet, gdzie kwas mlekowy (1 na 10 według metody Heringa) nie był skutecznym; od chwili bowiem rozpoczęcia używania codziennego naftolu kamforowego, po poprzedniém znieczuleniu kokainą, polepszenie w bardzo prędkim czasie było zadziwiające a stan części choréj zupełnie się zmienił. (*La Semaine médicale* 1889. 10.). *(P . . . i)*

Choroby wewnętrzne.

Władysław Brunner z Warszawy: **Przyczynek do rozpoznawania motorycznéj niedomogi żołądka.**

Upośledzenie ruchów żołądka pociąga za sobą groźne przypady, groźniejsze nieraz, niż zmiana w chemizmie tego narządu choćby tak znaczna, że znosi w zupełności żołądkowe trawienie. Znane są przypadki, w których żołądek zupełnie nie trawił a przecież ogólne odżywienie nie bardzo na tém cierpiało, jeżeli tylko dzięki prawidłowym ruchom żołądka pokarmy niestrawione dostawały się do jelit. Z tego wynika, że dokładne rozpoznanie niedomogi motorycznéj żołądka i ocenienie jéj stopnia ma wielką doniosłość. W tym celu podali Ewald i Sievers t. zw. metodę salolową, którą, zdaniem ich, z wielką dokładnością można wykazać to zboczenie i oznaczyć jego stopień. Ale próby autora wykazały, że tak w rzeczywistości nie jest Z doświadczeń wykonywanych na osobach zdrowych przyszedł B. do przekonania, że pierwsze ślady kwasu salicylowego w moczu pojawiają się u tego samego człowieka raz po upływie 40, drugi raz po upływie 70 minut a co gorsza czasem ten okres czasu bywa znacznie dłuższy niż 75 minut, co Ewald i Sievers uważają niesłusznie za *maximum*. Na odwrót u ludzi dotkniętych rozstrzenią żołądkową, u których ruchy żołądka były wybitnie upośledzone, oddziaływanie na kwas salicylowy w moczu występowało czasem po 50 lub 60 minutach, a więc prawidłowo. Z tego powodu uważa Brunner sposób ten za nieodpowiedni. Niedawno podał Klemperer inny sposób; wprowadza on do żołądka 105 gr. oliwy, wypróżnia żołądek po upływie dwóch godzin i bada, ile w nim jeszcze było oliwy. U zdrowego człowieka powinno być po upływie dwóch godzin zaledwie 25—35 gr. oliwy. Ale i ten sposób jest niedobry, raz dla tego, że wahania u osób zdrowych są znaczne a powtóre dla tego, że u osób ze znacznie upośledzoną ruchomością żołądka można otrzymać cyfry odpowiadające stanowi prawidłowemu. W końcu możnaby jeszcze jeden zarzut sposobowi temu uczynić, mianowicie, że wprowadzanie tak znacznych ilości tłuszczu do żołądka schorzałego nie może być dla niego obojętném a nie wiemy także, czy tłuszcz ten nie wpływa na ruchy żołądka, przyspieszając lub opóźniając takowe. Do prób takich najlepiéj więc używać takich środków, do których żołądek jest przyzwyczajony, a więc zwykłych pokarmów. Tak postępował pierwszy Leube, który choremu podawał spore ilości pokarmów i po 7 godzinach badał, ile ich jeszcze znajduje się w żołądku, a podobnego tylko dokładniejszego sposobu używa Riegel, który bada po upływie 5 godzin. Wyniki, jakie się w ten sposób otrzymuje nie są wprawdzie matematycznie ścisłe, ale w każdym razie lepsze niż wyniki otrzymane sposobem Ewalda i Sieversa albo Klemperera. *(Deutsche medic. Woch.)*.

A. R.

Hager: **Rozbiór moczu na prędce za pomocą papieru do przesączania.**

Hager zaleca w celu badania moczu pobieżnie puścić kroplę moczu na jeden koniec paska papieru do przesączania, szerokiego na 3 do 4 a długiego na 10 do 12 ctm. i poddać ją działaniu umiarkowanego gorąca. Do tego wystarczy zwyczajna lampa naftowa z okrągłym knotem. Płomień takiéj lampy zmniejsza się nieco, aby nie spalić papieru i trzyma przez 3 do 4 minut nad szkłem plamę moczową na tym papierze, dopóki plama nie zmieni barwy, tak jednak, aby papier nie przyrumienił się. Plama ta zmienia podług Hagera cechująco swą barwę odpowiednio do składu moczu a mianowicie:

Mocz prawidłowy: Plama zaledwie widzialna, więcéj lub mniéj blado-żółta, bez obwódki.

Mocz białkowaty: Plama wyraźnie żółtawa albo żółtoczerwona, bez obwódki lub z obwódką zaledwie widzialną.

Mocz cukrzycowy: Plama otoczona obwódką bardzo wyraźną barwy żółto-brunatnéj aż do brunatnéj a nawet do ciemnobrunatnéj w miarę ilości cukru.

Ten sposób badania moczu nie ma pretensyi do zastąpienia badania dokładnego, lecz jeżeli stwierdzi oddziaływanie wyżéj podane, lekarz będzie miał środek bardzo cenny do robienia rozbiorów przedwstępnych przy łóżku chorego. *(La Sémaine médicale* 1889. 8.). *(P...i)*

Chirurgija.

J. Israel: **O obmacywaniu nerki zdrowéj i choréj.**

Chirurgiczne leczenie niektórych chorób nerkowych, wprowadzone dopiero niedawno w życie, może się poszczycić świetnemi wynikami i byłoby rzeczą pożądaną, ażeby chirurgia na tém polu szybko i skutecznie się rozwinęła. Ale jak przed każdym ciężkim rękoczynem tak i przed operacyją przedsięwziętą na nerce, powinien chirurg być pewnym rozpoznania, do którego dojść może tylko przez zręczną i wprawną palpacyję. Jest to tém bardziéj pożądaném, ponieważ do wycięcia nerki choréj nie wolno przystąpić wcześniéj, dopóki się nie przekona, że jest w ogóle nerka druga. Nerkę można tém łatwiéj wymacać, im cieńsze są powłoki zewnętrzne, im większa jest odległość pomiędzy dolnemi żebrami a grzebieniem kości biodrowéj, im większe jest prawidłowe wygięcie części piersiowéj dolnéj i części lędźwiowéj górnéj kręgosłupa Przed badaniem należy wypróżnić jelita, a w razie silnego napięcia powłok brzusznych zachloroformować chorego. Dawniéj układano chorego na wznak, polecano mu zgiąć nogi w kolanach i badano oburęcznie, podnosząc jedną ręką, wprowadzoną pod lędźwie chorego nerkę do góry, a ugniatając drugą ręką z góry. Również znana jest metoda Guyona t. zw. *„ballottement rénal“*. Israël układa chorego na bok prawy, jeżeli chce badać nerkę lewą i na odwrót i każe mu zgiąć nogi w kolanach. Sam stojąc po stronie prawéj chorego, twarzą ku głowie badanego, kładzie rękę prawą na okolice lędźwiową lewą, a ręką lewą na brzuchu i to w ten sposób, że końce wskaziciela i palca trzeciego przypadają na dwa palce niżéj spojenia dziewiątéj z dziesiątą chrząstką żebrową. Badający ugniata nieco lędźwie ku przodowi ręką prawą — poleca choremu głęboko wciągnąć powietrze, a na szczycie wdechu posuwa powłoki brzuszne całą lewą dłonią ku kręgosłupowi zginając i wyprostowując na przemian lekko palce téj ręki. Końce palców dotykają na szczycie wdechu dolnego brzegu nerki, a podczas wydechu usuwają się ku górze. Zapatrywanie, jakoby nerka przy ruchach oddechowych się nie poruszała, jest, aczkolwiek rozpowszechnione, to przecież zdaniem autora niesłuszne; i gdyby tylko tym brakiem poruszalności miały się różnić guzy wychodzące z nerek od guzów wątrobowych lub śledzionowych, toby rozpoznanie było chyba niemożliwe. Poruszalność tę nerek w prawidłowym stanie dobrze wyczuwalną można także dokładnie widzieć po odsłonięciu nerki przed jéj wycięciem. Jeżeli stosunki są prawidłowe, to możemy wyczuć tylko dolną trzecią część nerki, a po gładkiéj powierzchni i tępym zaokrąglonym brzegu poznajemy nerkę. Jak ważną jest rzeczą ten właśnie sposób badania, dowodzą przypadki, jakie Israel przytacza; u młodego człowieka, cierpiącego na ból w okolicy nerki lewéj i uporczywe krwotoki z dróg moczowych, wyczuł Israel około dolnego brzegu lewéj nerki guz, a po czterech tygodniach był w stanie napewne rozpoznać, że guz ten się powiększył. Domyślając się, że ma do czynienia ze złośliwym nowotworem, wyciął nerkę, a badanie jéj anatomiczne wykazało raka części korowéj. Chory dotąd (22 miesiące po zabiegu) jest wolnym od nawrotu choroby, a zawdzięcza to li tylko wcześnie dokonanéj operacyi.

Jeżeli się wyczuje jakikolwiek guz w jamie brzusznéj, należy odpowiedzieć na dwa pytania: 1) czy guz wychodzi z nerki, a 2) jakiéj jest przyrody. Odpowiedź na pierwsze pytanie jest często bardzo trudną, jeżeli się ma do czynienia z guzem bardzo dużym i zrośniętym z okolicą, wtenczas często ani bezpośrednie obmacywanie według Israela ani *„ballottement rénal“* według Guyona nie są w stanie sprawy rozjaśnić. Wykazanie obecności lub braku jelit ponad guzem odgrywa tu ważną rolę — przyczém cenne wskazówki może dać nietylko wypuk, ale i obmacanie. Pomimo to wszytko często nie można uniknąć pomyłek i odróżnić n. p. hydronefrozy od torbiela jajnikowego lub powiększonego pęcherzyka żółciowego. Co się tyczy przyrody guza (w obszerném tego słowa znaczeniu), to tylko w rzadkich przypadkach można ją na pewne wykazać, przyczém często oprócz dokładnego obmacania trzeba wykonać nakłócie próbne. *(Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 7 i 8).

A. R.

Köhler: O wielokrotnych złamaniach kości.

Chora, blada, osłabiona, 54 letnia kobieta, pochodząca ze zdrowej rodziny, nie chorowała do r. 1882. Znajdowała się w służbie i pracowała ciężko. W r. 1882 chorowała przez 10 tygodni na chorobę jej nie znaną. W r. 1885 upadła na lodzie i od tego czasu czuła bóle w lewéj odnodze. W 1886 r. przeniesiono ją do Charité ze złamaną kością udową i lewą ramieniową, wskutek upadnięcia ze schodów. Kości zrosły się po 3 miesiącach, ale nawet przy ostrożnem przeniesieniu z łóżka na noszach powstały znowu złamania. Po $1\frac{1}{2}$ miesiącu nastąpiło zrośnięcie. W tym czasie zaczęła chora skarżyć się na silne bóle w prawéj odnodze. Przy badaniu odnogi za pomocą zgięcia, rozgięcia i t. d. wykonywanych bardzo ostrożnie wystąpiło złamanie kości udowéj. Po 4 miesiącach kość się zrosła. Gdy chora próbowała przejść się po pokoju, oparłszy się na ramieniu służącego, powstało złamanie kości ramieniowéj. Autor objaśnia powstanie tych złamań, temiż samemi przyczynami, jakie sprowadzają kruchość kości u starców. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*).

A. W.

Laryngologija.

Prof. J. Schnitzler (Wiedeń). **Usunięcie polipów podczas snu hypnotycznego.**

Na wstępie dłuższéj rozprawy opisuje S. przypadek długotrwałego bezgłosu porażennego duszności kurczowéj u dziewczyny 20-letniéj, u któréj zastosowanie wszystkich możliwych środków było bez skutku. Podczas badania laryngoskopijnego stwierdził S., że podczas fonacyi więzadła głosowe tylko nieznacznie ku linii środkowéj się przybliżają, tak, że szpara głosowała przedstawiała dość znaczne rozmiary. Przeciwnie podczas wdechu struny głosowe nie oddalały się od siebie, tylko kurczowo zamykały szparę głosową, wywołując głośny syczący szmer. Chorobę tę wyleczył S. w ten sposób, że podczas badania laryngoskopijnego oświecał mocno oczy choréj światłem odbitém od reflektora, co już po kilku minutach wywołało głęboki sen hypnotyczny, podczas którego duszność kurczowa ustąpiła. Wskutek często powtarzanego takiego leczenia napady i co do częstości i co do nasilenia stawały się słabsze, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. Nawiązując do tego opisu, podaje S. historyję choroby 26-letniéj kobiety, leczonéj w poliklinice wiedeńskiéj. Gdy Dr. Charles Trow z Kanady, słuchacz prof. S., w zamiarze usunięcia pętlą drucianą licznych polipów śluzowych, wypełniających oba kanały nosowe, oświecał pole operacyjne reflektorem, spostrzegli otaczający lekarze, że chora nagle oczy zamyka, że głowa i ręce bezwładnie opadają — chora podczas przygotowania do operacyi zasnęła. Prawdopodobnie badana zbyt silnie wpatrywała się w reflektor, wskutek czego popadła w sen hypnotyczny. Trow natychmiast wprowadził pętlę, wydobył kilka polipów, poczém przypiekł miejsca krwawiące galwanokauterem. Zabieg trwał 10 minut, a chora spała najspokojniéj, jakby w najgłębszéj narkozie chloroformowéj i dopiero na wezwanie: „obudź się!“ powoli oczy otworzyła, nie mając wyobrażenia o tém, co zaszło. Sen taki hypnotyczny wywołano jeszcze kilka razy, ale teraz już nie przypadkowo, lecz naumyślnie i systematycznie, za każdym razem usuwano kilka polipów i przypiekano palnikiem galwanicznym. W ten sposób chorą wyleczono doszczętnie z cierpienia nosa. (*Internat. kl. Rundschau* 1888 Nr. 32).

Dr. Baschkopf.

Ginekologija i położnictwo.

Peters: (Wiedeń). **Przypadek znacznej puchliny brzucha płodu jako przeszkoda porodowa.**

Ponieważ przypadki, w których chorobowe powiększenie rozmiarów brzuszka płodu stanowi przeszkodę porodową, należą do nadzwyczajnych rzadkości, dlatego przedstawia P. na posiedzeniu towarzystwa ginekologiczno położniczego wiedeńskiego z d. 26 maja 1888 r. przebieg porodu w następującym przypadku: Do kliniki przyjęto kobietę, poraz drugi rodzącą, która podaje, że pierwszy poród prawidłowo przebiegał a płód był prawidłowo zbudowany. Obecnie pęknięcie pęcherza płodowego miało nastąpić kilka godzin przed przyjęciem, poczem miały odpłynąć wody płodowe w bardzo znacznej ilości, a brzuch pierwej nadzwyczajnie powiększony nieco wskutek tego się zmniejszył. Badanie zewnętrzne wykazało brzuch ogromnie rozdęty; macaniem wykazano w dnie macicy czaszkę dużą twardą, chełboczącą, ponad wchodem miednicy pośladki małych rozmiarów; chełbotanie niewyraźne. Tony płodowe słyszalne w dnie macicy po stronie lewej tuż przy główce; grzbietu wymacać nie można. Badanie wewnętrzne pouczyło, że ujście zewnętrzne macicy jest na 5 ctm. otwarte, a w niem obie nóżki, które po upływie kilku godzin aż poprzed srom zestąpiły i można się było przekonać, że wielkość ich zostaje w rażącym niestosunku do rozmiarów główki i brzuszka. Wykluczywszy ciążę bliźniaczą a opierając się na fakcie, ze *Hydramnios* kombinuje się często z nadmiernem powiększeniem części płodowych, podejrzywano takowy. Gdy wskutek słabych bólów porodowych poród się przeciągał, założono kleszcze, któremi ściągnięto pośladki do wchodu i teraz dopiero przekonano się, że istnieje bezwzględna przeszkoda, którą rozpoznano przez wprowadzenie ręki do dolnego odcinka macicy jako wywołaną przez nadmiernie powiększony brzuszek. Ponieważ nie można było myśleć o urodzeniu brzuszka niepomniejszonego, wykonano punkcyję jego zapomocą perforatorium Nägelego. Po odpłynięciu $2\frac{1}{2}$ litra cieczy surowiczej wydobycie płodu łatwo się udało. Płód, który podczas porodu obumarł, ważył po odpłynięciu płynu przesączynowego 4000 gramów, więc w macicy ważył 6500 gramów. Przebieg połogu był prawidłowy. (*Intern. kl. Rundschau 1888 Nr. 32*).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Deutschmann: **Ophthalmia migratoria.**

Nazwę tę autor wprowadza w miejsce dotychczas używanéj zapalenia współczulnego i poświęca temu cierpieniu oka obszerną rozprawę, która jest niejako zestawieniem w całość poprzednich prac i doświadczeń autora a zastanawia się nad cierpieniem w mowie będącem szczegółowo pod względem historycznym, doświadczalnym, klinicznym i anatomiczno patologicznym. Przedewszystkiém odróżnić należy ściśle zadrażnienie współczulne od zapalenia współczulnego. Pierwsze zawdzięcza swoje powstanie zadrażnieniu nerwów rzęskowych, które jako zwrotne przenosi się na drugie oko, słusznie należy mu się téż nazwa zadrażnienia współczulnego. Cierpienie dotychczas zapaleniem współczulném nazywane jest natomiast sprawą chorobową, która w ciągłości tkanin, a mianowicie w przestworze międzypochewkowym nerwu wzrokowego poprzez chiasma przenosi się z jednego oka na drugie, a początek swój ustrojom drobnowidowym zawdzięcza, wyjątkowo tylko mogłyby i bodźce chemiczne dać powód do zapalenia jednego oka, to zaś dostać się tą samą drogą do oka drugiego. W każdym razie autor uważa, że nazwa „zapalenie wędrowne“ stósowniejszą jest od nazwy „zapalenie współczulne“.

Nie tylko doświadczenia na zwierzętach, ale i badania ócz ludzkich, dotkniętych zapaleniem współczulnem, wykazały, że chorobotwórcze ustroje drobnowidowe znajdują się tak w oczach, które cierpienie współczulne wywołały, jako téż i w oczach tem cierpieniem dotkniętych, a dalej udowodniły one obecność sprawy zapalnéj (lub jéj następstw) w nerwie wzrokowym i jego pochewkach w oku pierwotnie dotkniętem. We wszystkich przypadkach pod tym względem badanych był *staphylokokkus pyogenes aureus* i *albus* tym ustrojem drobnowidowym, autor nie upatruje w tém jednak wcale uprawnienia do przypuszczenia, że tylko te właśnie rodzaje ustrojów drobnowidowych zapalenie współczulne wywołać mogą. Zarzut Sattlera, uczyniony na międzynarodowym zjeździe okulistów w Heidelbergu w sierpniu 1888, że bakterye ropotwórcze nie mogą wywoływać zapalenia współczulnego, gdyż to nie występuje jako zapalenie ropne, lecz jako zapalenie przewlekłe z wypociną płastyczną, tworzącą błony rzekome, zbić się stara autor uwagą zgodną (jak go Rosenbach zapewnił) ze spostrzeżeniem chirurgów, że *staphylokokkus pyogenes* ma własność wywoływania także przewlekłych spraw zapalnych. Nadto sądzi D., że *staphylokkokus* dostawszy się z jednego oka po przezwyciężeniu wszelkich przeszkód aż do nerwu wzrokowego oka drugiego traci wiele z pierwotnéj swéj żywotności i nie jest zdolny wywołać ropnéj sprawy zapalnéj, ale może sprowadzić sprawę zapalną przewlekłą.

Z tem wszystkiém idzie mu głównie o udowodnienie przyrody pasorzytniczéj zapalenia współczulnego i powita on z uznaniem wykazanie osobnego rodzaju ustroju drobnowidowego, który zdaniem Sattlera ma być przyczyną zapalenia współczulnego, ale i w takim razie nie uważałby przecież, żeby *staphylokokkus* wykluczyć można jako przyczynę wywołującą cierpienie w mowie będące. Ale jakkolwiek zgodnie z nowém zapatrywaniem nerwom rzęskowym odmówić należy wszelkiego wpływu na wywoływanie zapalenia współczulnego, to jednak zachowują one swój wpływ na sprowadzanie zadrażnienia współczulnego, objawiającego się światłowstrętem, łzawieniem, bólem przy pracy ocznéj, niedomogą akomodacyjną, a niekiedy niedowidzeniem, te wszystkie bowiem objawy powstać mogą skutkiem zadrażnienia zwrotnego bez chorobowych zmian anatomicznych nerwów odnośnych.

Należy pamiętać, że zadrażnienie współczulne nie ma nic wspólnego z zapaleniem, że ono istnieć i utrzymywać się może, nie pociągając za sobą zapalenia, które naodwrót wybuchnąć może bez objawów poprzedzającego zadrażnienia. Mogą one istnieć obok siebie ale zupełnie niezawiśle od siebie, chociaż ta sama sprawa chorobowa w pierwszém oku wywołać może zapalenie wędrowne w drugiem, lub też dać powód do przeniesienia na nie za pomocą nerwów rzęskowych zadrażnienia zwrotnego. Odpowiednio do tego wyłuszczenie oka pierwszego usuwa napewne zadrażnienie współczulne oka drugiego, czego bynajmniéj twierdzić nie można o zapaleniu wędrowném. Autor zastanawia się następnie nad tém, o ile spostrzeżenia kliniczne uprawniają jego pojmowanie zapalenia współczulnego jako cierpienia zakaźnego. Najczęstszą przyczyną zapalenia współczulnego są urazy, czy to przypadkowe, czy operacyjne, czy też wreszcie przedziurawienie ścian gałki ocznéj skutkiem zapaleń, a we wszystkich tych przypadkach z góry przyznać trzeba możność zakażenia, a to tém bardziéj, gdy oko nawet rozległe zranienia zadane aseptycznie znosi bezkarnie, z drugiéj zaś strony najnieznaczniejsze uszkodzenia połączone z zanieczyszczeniem sprowadzają zagładę oka.

Co się tyczy o wiele rzadszych przypadków współczulnego zapalenia, wywołanego przez oczy zniszczone skutkiem zapaleń wewnętrznych, w których nigdy żadne uszkodzenie ani przedziurawienie miejsca nie miało, to zdaniem D. śmiało zgodzić się można na zapatrywanie Lebera, wypowiedziane na zjeździe w Heidelbergu w 1879 roku, że wszystkie te wewnętrzne zapalenia ócz są przyrody zakaźnéj. W przypadkach tych uważa autor zakażenie całego ustroju za przyczynę zakażenia jednego oka, z którego następnie, niekiedy po latach, pasorzyty dostają się do oka drugiego i wywołują w niem zapalenie wędrowne. Że ropne zapalenie całego oka stosunkowo rzadko daje powód do zapalenia współczulnego, wytłumaczył D. razem z Leberem już dawniéj tą okolicznością, że pasorzyty po przebiciu oka częścią wydalone zostają z niego razem z ropą, częścią zaś przez obficie wytworzoną ropę ulegają zniszczeniu. Być może nareszcie, że, jak Gifford sądzi, nagromadzenie ropy w przestworze międzypochewkowym tworzy zaporę powstrzymującą w sposób mechaniczny dalsze wędrowanie pasorzytów. Zestawiwszy z literatury różne przyczyny, które działając na pierwsze oko wywołały rzeczywiście cierpienie współczulne oka drugiego i zastanowiwszy się nad niemi krytycznie, przychodzi autor do przekonania, że wszystkie nie tylko pogodzić się dadzą bez żadnego naciągania z jego zapatrywaniem na istotę tego cierpienia, lecz że je owszem pod każdym względem popierają. Zgadza się z niem także i okoliczność, że między zachorowaniem jednego a drugiego oka upływa zawsze pewien przeciąg czasu, którego sprawa chorobowa do przeniesienia się wzdłuż nerwu wzrokowego potrzebuje. Zazwyczaj wynosi on sześć tygodni a wyjątkowo tylko 10 do 14 dni. Ale i w kilka a nawet kilkanaście lat po zniszczeniu jednego oka spostrzegano wybuch zapalenia wędrownego na drugiem. Pod tym względem wykazuje autor w części anatomicznéj rozprawy, że ustroje drobnowidowe zachowują żywotność swoją przez mnogie lata wewnątrz ócz, które znajdowały się w stanie spokoju pozornego, za czem przemawia i to doświadczenie, że w oczach takich wybucha nieraz po latach na nowo sprawa chorobowa, którąśmy za dawno wygasłą mieli. (D. n.) *Rydel.*

Choroby dzieci.

Münnich (Solnogród): **O krupie i stosunku jego do błonicy.**

Po wyczerpującem zestawieniu całéj literatury, odnoszącéj się do tych dwóch strasznych nieprzyjaciół dzieci, po krytyczném rozebraniu określenia tych pojęć, przechodzi autor do własnego materyjału polegającego na 54 tracheotomiach i kilkanaście razy większéj liczbie chorych, dotkniętych albo samym krupem krtani albo samą błonicą przełyku albo też błonicą przełyku i następowym krupem krtani. Obliczając swoje przypadki podług cyfry 100, nie miał ani jednego przypadku śmierci po tracheotomii w przypadkach czystego krupu krtani, w innych 57% śmiertelnego zejścia. Poniżéj jednego roku miał przypadek jeden, który zakończył się źle, tak samo umarły wszystkie dzieci, które nie miały jeszcze 2 lat. Z pozostałych kończyły się te dobrze, w których błonica lub krup nie był powikłany z inną chorobą; najwięcéj powikłań bywało w przebiegu błonicy. Z powikłań zastanawia się autor dłużéj nad katarem jelit i białkomoczem w przebiegu krupu lub błonicy. Za przyczynę pierwszego przypuszcza połykanie błon krupowych, co do drugiego przypuszcza pewien związek pomiędzy dusznością a białkomoczem. Niechce go uważać za t. z. *albuminuria febrilis* (Liebermeister); nie znalazł on w moczu nigdy składników przemawiających za zapaleniem nerek. Może być, że to jest następstwo działania jadu błonicowego na przybłonek w nerkach, jak to chce Günther. Na końcu obszernéj i starannie opracowanéj rozprawy znajduje się zestawienie statystyczne przypadków śmiertelnych krupu i dyfteryi w Solnogrodzie i dwóch bliskich miastach począwszy od r. 1846 do 1885. (*Wiener Klinik* 1888 *Heft* 2 *u.* 3. *Dr. Kraus*

Choroby skórne i weneryczne.

Lassar (Berlin): **Sozojodol w leczeniu chorób skórnych.**

Sozojodol jest nowym przetworem o składzie $C_6H_6ISO_3H(OH)$; rozpuszcza się łatwo w wodzie i wyskoku, jest bez barwy i bez woni, miesza się, nie ulegając przytém żadnym zmianom, z wszystkiemi ciałami; w przeciwieństwie do wszystkich przetworów jodowych, a głównie jodoformu, nie ulega rozkładowi wskutek działania światła. Do tych jego zalet należy i to dodać, że można go w każdéj chwili w wielkich ilościach otrzymać i że cena jego wcale nie jest wysoką. Na podstawie wyników, osiągniętych zapomocą sozojodolu twierdzi L., że nowy ten środek w leczeniu chorób skórnych odegra ważną rolę. Przedewszystkiem czyni on zadość najważniejszemu wskazaniu, t. j. nie szkodzi. Nie drażni on nawet w dziesięcioprocentowych maściach i proszkach. Pod wpływem jego działania łuszczy się skóra w cienkich warstewkach a mimo to jest ona przytém białą i gładką. Do téj więc nieszkodliwości przyłącza się wybitna skuteczność, gdyż dobre wyniki osiągnął L. sozojodolem w świeżych i zadawnionych wypryskach rozmaitego pochodzenia, na twarzy jakoteż wobec żylakowatych wrzodów na odnogach. Szczególnie wybitném było działanie, jak teoretycznie z góry można było się spodziewać (sozojodol zawiera jod, siarkę i karbol) w chorobach skórnych, wywołanych przez pasorzyty. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* 1888, zeszyt 1). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

Dinter: **Dwa przypadki róży twarzowéj wpływającéj na przebieg zadumy.**

Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 52-letniéj, pochodzącéj z rodziny zdrowéj. Pod wpływem licznych zgryzot domowych stawała się bardzo przygnębioną, niespokojną i lękliwą, nie przyjmowała żadnych pokarmów, a w marcu roku 1888 stan jéj tak się pogorszył, że oddano ją do szpitala Drezdeńskiego. W tydzień po przybyciu do szpitala wystąpiła nagle poprawa jéj stanu; chora dobrowolnie leżała w łóżku, chętnie przyjmowała pokarmy, rozmawiała rozsądnie. Nazajutrz pokazała się na twarzy róża wśród wysokiéj gorączki, przez cały ciąg trwania róży, t. j. przez 5 dni, chora nie okazywała żadnych objawów zboczenia umysłowego. Z ustąpieniem gorączki poczęły wracać napady niepokoju, lęku z przerwami, które stawały się coraz dłuższemi, a w kwietniu opuściła chora szpital wolna od wszelkich dolegliwości. Autorowi wiadomo, że dotąd czuje się ona zupełnie zdrową na ciele i umyśle.

Drugą chorą, osobę 49-letnią, dziedzicznie obciążoną przyjęto do szpitala z wybitnemi objawami zadumy. Objawy te ciężkie, polegające na niechęci do życia, niepokoju, wzbranianiu się do przyjmowania pokarmów, bezsenności i t. d. utrzymywały się przez 5 tygodni. Nie ustępowały one także podczas trwania róży, która w tym czasie na twarzy i na głowie choréj się rozwinęła. Tylko podczas przełamywania się gorączki, objawy zadumy zwolniły nieco na kilka godzin, lecz potem w całéj pełni powróciły. Tylko pierwszy przypadek jest zatem zgodny ze znanemi w literaturze i mającemi wykazać wpływ róży, a ogólnie gorączki na przebieg chorób umysłowych. *(Centralbl. f. Nervenheilkunde, Psychiatrie, u. gerichtl. Psychopath.* 1889 Nr. 4). *A. B.*

Toksykologija.

Sobbe: **Ciekawy przypadek zatrucia rybą.**

Mężczyzna liczący lat 40 oficer wojska niemieckiego spożył w południe dużą porcyję gotowanéj ryby zwanéj kablion, poczém zauważył, że ryba ma smak silnie gorzki, a okolica brzucha jest zabarwiona żółtawo-zielono. W półtoréj godziny potém nie czuł się zupełnie zdrowym, wyszedł więc zaczerpnąć świeżego powietrza, ale podczas przechadzki nagle zemdlał a przyszedłszy do siebie czuł się na tyle silnym, że wrócił sam do domu, gdzie zemdlenie powtórzyło się pięć razy. Choremu zaczęło dokuczać pragnienie i parcie na stolec. Zawezwany Sobbe zastał chorego zupełnie przytomnego. Doznawał on właśnie przykrego uczucia nudności, a ciało pokrywał pot zimny. Tętno pełne i mocne wynosiło tylko 14 na minutę. Źrenice wązkie i leniwo poruszalne, sinica, dysfagia, bezgłos i bezmocz, oto objawy, jakie chory okazywał. W 10 godzin po spożyciu ryby dostał silnych wymiotów, które się kilka razy powtórzyły. Na drugi dzień tętno rano wynosiło 16, wieczorem 26 na minutę i było przytém wyraźnie dwubitne a nawet trójbitne, inne przypady były słabsze. W 36 godzin po zjedzeniu ryby tętno wróciło do stanu prawidłowego i wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. Cały przebieg choroby naprowadzał na myśl, że miało się do czynienia z otruciem jadem rybim. Jak wiadomo rozróżnia się trzy rodzaje otrucia jadem rybim, pierwszy przebiega wśród objawów *„cholera nostras“*, drugi cechuje się osutką podobną do pokrzywki, a trzeci wywołuje ciężkie przypady ze strony systemu nerwowego, które Kobert porównywa do objawów zatrucia atropiną i radzi jad nazywać ptomatoatropiną. W przypadku wyżéj opisanym nie było przypadów cholery, nie było osutki, były natomiast przypady nerwowe, podobne chyba do objawów zatrucia muskaryną a nie atropiną. Brieger opisał wprawdzie ptomain działający podobnie do muskaryny a powstający podczas gnicia mięsa rybiego, ale ma on powstawać dopiero w bardzo daleko posuniętéj zgniliznie. Można więc przypuścić, że wątłusz kablion bezpośrednio przed połowem spożył jakieś mocno gnijące części mięsa rybiego, że takowe były jeszcze w przewodzie pokarmowym lub w wątrobie i dostały się do mięsa na brzuchu sztucznie przy wyjmowaniu trzew przez nieostrożne ich nacięcie. Silnie gorzki smak i żółte zabarwienie brzucha ryby mogły pochodzić od żółci. W każdym razie przypadek to godny wzmianki tém bardziéj, że wystąpił w przebiegu otrucia tak rzadki objaw jak tętno trójbitne, a ilość tętna 14 na minutę jest jedynym w literaturze lekarskiéj. (*Berliner klin. Woch.* Nr. 7, 1889). *A. R.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Uffelmann: **Znaczenie higijeniczne światła słonecznego.**

Zwracając uwagę na ogromny wpływ, jaki światło słoneczne wywiera na rozwój wszystkich jestestw organicznych na ziemi ubolewa autor nad tém, że nadzwyczaj mało liczymy się z tym wpływem przy stawianiu domów, urządzaniu okien i t. d. A już przecież Hippokrates, a potém Galen i Avicenna uczyli, że światło słoneczne jest czynnikiem wpływającym na zdrowie człowieka. Pierwszym, który wpływ światła doświadczeniem wykryć się starał, był Edwards w r. 1825, a po nim między innymi Moleschott (1855) wykazał, że żaby w równych zresztą warunkach wydzielają w świetle $\frac{1}{12}$ do $\frac{1}{4}$ razy więcéj CO_2, niż w ciemności, i że ten nadmiar CO_2 jest tém większy, im większą jest siła światła. Nadto żaby przechowywane w świetle posiadały większą pobudliwość nerwów i wyższą zdolność mięśni do pracy. Późniejsze doświadczenia Specka wykonane na ludziach, jakkolwiek wydały wyniki nieco odmienne, stwierdziły jednak znaczny wpływ światła na ilość powietrza wdechanego.

Z doświadczeń tych wysnuwa U. wniosek, że światło słoneczne podnosi przemianę materyi w ustroju, a to w ten sposób, że drażni zakończenia nerwów czuciowych, a ztąd podnieta przechodzi na drogę nerwową na te ośrodki, które wpływają na wymianę w komórkach ustroju. Że światło słoneczne nietylko drogą siatkówki wpływ swój wywiera, dowodzą doświadczenia Moleschotta i Fabiniego, wykonane na zwierzętach pozbawionych wzroku. U takich zwierząt bowiem ów nadmiar wydzielonego CO_2 był wprawdzie mniejszy, ale był zawsze dość znaczny. Nie małém jest higijeniczne znaczenie światła słonecznego z powodu jego wpływu na usposobienie i siłę umysłową, który to wpływ szczególnie uwidocznia się u chorych. Najpowszechniéj znanym jest wpływ dobrego światła na narząd wzrokowy i wiemy, że jak z jednéj strony zbyt silne światło drażni silnie siatkówkę i może sprowadzić *scotomata* lub nawet zupełną ślepotę, tak z drugiéj strony skąpe światło jest dla oka czynnego równie szkodliwém.

Niezmiernie ważném jest znaczenie światła słonecznego jeszcze z tego względu, że przyczynia się do oczyszczania powietrza ze szkodliwych lub zbytecznych dla orgnanizmu składników. Pod jego to wpływem rośliny w większéj ilości pochłaniają bezwodnik węglowy i amoniak a wydzielają tlen; w ciemności rośliny chciwie pochłaniają tlen i wydalają CO_2. Nadto najprawdopodobniéj przyspiesza światło słon. utlenienie istot organicznych w powietrzu zawartych. Wreszcie podnieść należy, że według doświadczeń Arloinga, Duchaux światło słoneczne zabija niektóre mikroby i ich zarodniki.

Tyle podają nam badania doświadczalne. Ale doświadczenie praktyczne poucza nas o wartości higijenicznéj światła. Jest rzeczą pewną, że dzieci wychowane w ciemnych izdebkach są blade i mają wejrzenie chorobliwe, że mieszkania te ciemne są źródłem dla ważnych chorób ustrojowych, jak zołzy, krzywica itd. W okolicach zimniczych najbardziéj zimnicą dotknięte są osoby zajmujące ciemne, od słońca odwrócone mieszkania tak, że w Włoszech w okolicach zimniczych istnieje przysłowie: *„Dove non viene il sole, viene il medico“*. (Dokąd nie dochodzi słońce, tam przyjdzie lekarz).

Z opisanych wyników badania i doświadczenia łatwo wysnuć wnioski tyczące się zastosowania tych danych w życiu praktyczném. Każde mieszkanie powinno być na mierne światło słoneczne przez jak najdłuższy okres dnia wystawione, najbardziéj oświetlone komnaty należy oddawać dzieciom na pomieszczenie, a promienie słoneczne tylko na tak długo i o tyle powstrzymać należy, o ile wprost oczom zkodliwe być mogą. Temi zasadami kierować się należy tak przy budowie domów prywatnych, jak szczególnie przy budowie szkół, zakładów wychowawczych, koszarów i t. p. zakładów. (*Wiener Klinik* Zeszyt 3. Marzec 1889). *A. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 marca. Na ostatniém swém posiedzeniu Wydział lekarski zamianował: Dra Alberta Süsskinda asystentem przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj na lat 2; elewa chirurgicznego Dra Gabryszewskiego drugim asystentem, a Drów Szydłowskiego i Langiego elewami przy klinice chirurgicznéj.

* Otrzymaliśmy 16te sprawozdanie komitetu Tow. Opieki szpit. dla dzieci w Krakowie z r. 1888. Z końcem roku tego Towarzystwo liczyło członków 91. Dochód wynosił 19,432½ złr., rozchód zaś 15,872 złr. 38 kr. Klinika pedyjatryczna (24 łóżek) pozostaje pod kierunkiem prof. Jakubowskiego, a asystentem jest Dr. St. Momidłowski, w oddziałach szpitalnych (76 łóżek) dyrektorem również jest prof. Jakubowski, operatorem prof. Rydygier, p. o. lekarza ordynującego Dr. Momidłowski, sekundaryjuszami Drowie Porębowicz i Żędzianowski, p. o. sekundaryjuszów

Drowie Pawlas i Szydłowski. W ciągu r. 1888 przyjęto do kliniki stałéj chorych 761, pozostało z roku przeszłego 60, leczono więc razem 821, z tych umarło 196. Ambulatoryjnie leczono 3367. Do lecznicy w Rabce wysłano w lecie dzieci 25.

* Towarzystwo opieki zdrowia, w Krakowie od niedawna istniejące, wystósowało memoryjał do Rady m. Krakowa w sprawie budowy naszych szkół miejskich, zawierający cenne wskazówki z zakresu higijeny szkolnéj.

* Wiadomo, że od lat kilku występują, i to coraz natarczywiéj, żądania, aby t. zw. szkoły dla chirurgów, które od lat kilkunastu dopiero w monarchii austro-węgierskiéj istnieć przestały, do życia przywrócono. Żądania te pochodzą głównie od prowincyj alpejskich, gdzie rzeczywisty jest brak lekarzy, ponieważ niepodobna żądać od doktora w. nauk lek., aby osiedlił się w miejscowościach, w których z powodu ubóstwa ludności żadnego powodzenia spodziewać się nie może. Otóż sądzą, że lekarze podrzędnéj kategoryi, czyli t. zw. chirurdzy, zadowalający się mniejszym dochodem, nie będą gardzić praktyką wiejską i górską. W obec tych ciągle powtarzających się wniosków i domagań pocieszającą jest rzeczą, że Ministerstwo spraw wewnętrznych w skutek jednej z takich petycyj udzieliło odpowiedzi, na którą ze stanowiska postępu bezwzględnie każdy się zgodzi, i zezwoliło na ogłoszenie téj odpowiedzi w organie Najwyższéj Rady sanitarnéj. Zbyteczna dodać, że Ministerstwo stanowczo oświadczyło się przeciw przywróceniu szkół chirurgicznych, i to zarówno ze względów dydaktycznych, jakotéż praktycznych.

* W Izbie poselskiéj pruskiéj sprawa higijeny była niedawno przedmiotem dyskusyi, w któréj wystąpili ze zdaniami przeciwnemi Virchow i minister oświecenia Gossler. Rozchodziło się o ustanowienie katedr dla higijeny w Hali i Marburgu, a przy téj sposobności wytoczono kwestyję zasadniczą, czy higijena jest nauką samodzielną lub téż składa się z kilku innych gałęzi lekarskich i przyrodniczych. Uderzającą było rzeczą, że Virchow, sam i na polu higijeny tak bardzo zasłużony, wystąpił przeciw potrzebie tworzenia katedr dla higijeny, dowodząc, że to rzecz co najmniéj przedwczesna, a bronić musiał katedr minister oświecenia. Wystąpienie to Virchowa staje się atoli mniéj uderzającém, jeżeli przypomnimy sobie, że wszystkie znakomitości północno-niemieckie są niesłychanie konserwatywnemi pod tym względem, iż — jak to niejednokrotnie wypowiedział i Billroth — liczba katedr w wydziałach powinna być stałą, że do *„ordo“* nie należy wpuszczać reprezentantów takich gałęzi, które oddawna tam nie należą, a za têm idzie i nie przyznawanie godności nauki samodzielnéj nowo rozwijającym się gałęziom.

* **Niemcy**. Od 15—18 kwietnia r. b. odbędzie się w Wiesbadenie 8y Zjazd dla medycyny wewnętrznéj.

Prof. Leyden w Berlinie obchodził w przeszłym tygodniu 25 letni jubileusz działalności swéj nauczycielskiéj.

(†) *„Deutsche Landwirtsch. Presse“* zwraca uwagę, że w Holandyi wyrabia się znaczna ilość fałszowanego séra. Do wyrobu tego séra używa się tam sadła wieprzowego. (*Wracz* 1889 r. Nr. 9).

(†) **Francyja**. Do rzędu zjazdów międzynarodowych, mających się odbyć w czasie wystawy paryzkiéj, przybyły jeszcze dwa: 1. w kwestyi alkoholizmu i 2. w kwestyi medycyny sądowéj.

Towarzystwo medycyny praktycznéj w Paryżu ma zamiar wydać w czasie wystawy książkę, zawierającą postępy medycyny w ciągu ostatnich 10—20 lat. Każdy rozdział będzie napisanym przez specyjalistę.

Akademija lek. paryzka, dzięki zapomodze otrzymanéj od ministerstwa spraw wewnętrznych, będzie w możności otworzyć własny zakład krowiankowy. Rozchód roczny na ten cel wyniesie 8,000—10,000 fr.

(†) **Włochy**. Akademija nauk w Turynie ogłosiła konkurs imienia Bressy, do którego mogą stanąć uczeni i wynalazcy wszystkich krajów. Nagroda wynosząca 12,000 lirów będzie przysądzona temu, kto w ciągu 1887—1890 r. zrobi najważniejszy i najkorzystniejszy wynalazek, lub téż napisze najlepszą pracę z dziedziny nauk fizycznych i doświadczalnych, historyi naturalnéj, matematyki czystéj i stosowanéj, chemii, fizyjologii, patologii, geologii, historyi, geografii, statystyki. Ostatni termin nadsyłania prac jest dzień 31 grudnia 1890 r.

(†) **Anglija**. W roku ubiegłym minęło 100 lat od czasu założenia w Londynie „Towarzystwa pomocy dla wdów i sierót po lekarzach“. Kapitał tego towarzystwa wynosi obecnie 83,000 funt. szterl.

(†) **Rosyja**. Ze sprawozdań odczytanych na uroczystych zebraniach uniwersytetów kijowskiego i moskiewskiego wynika, że w r. 1888 w uniwersytecie kijowskim było słuchaczy 2089, z których 907 (43,5%) przypada na wydział lekarski. W uniwersytecie zaś moskiewskim było 3257, a z tych w wydziale lek. 1245 (38%). (*Meždunarodnaja Klinika* 1889, Nr. 1).

(*T.*) Przy głównym woj. lek. Zarządzie ma być urządzona centralna bakteryjologiczna i mikroskopowa pracownia, pod kierownictwem pr. doc. Dr. Rapczewskiego.

Pewien właściciel domu w Odessie, zmarły na suchoty, zapisał 20 tys. r. s. na urządzenie w szpitalu miejskim oddzielnego baraku dla suchotników.

W czasopismach ros podniesiono myśl przeniesienia dorpatskiego uniwersytetu, w którym wkrótce mają zaprowadzić wykłady rosyjskie, do Smoleńska.

(*T.*) **Japonija**. W Tokio spalił się uniwersytet; w płonącym gmachu zgorzało 3ch studentów i wielu było rannych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Nowomianowany następca Bambergera Dr. Oton Kahler urodził się w Pradze w r. 1849, uzyskał tamże stopień doktora w r. 1871, był asystentem prof. Halli, habilitował się w r. 1878, w r. 1882 mianowany prof. nadzwyczajnym a w r. 1886 zwyczajnym kliniki lekarskiéj w Uniw. niemieckim. — Prof. Brücke kończy w d. 6 czerwca rb. rok 70y życia. — **Monachijum**. Prof. Strassburger obecnie w Bonn (Warszawianin) powołany tu został na katedrę botaniki. — **Fryburg**. w Bryzgowii. Docent Dr. Wiedow mianowany został nadzw. prof. położnictwa i ginekologii.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. nauk. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. p. Antoni Chomin z Szczerca i p. Michał Tylka z Dzianisza w Galicyi.

* **Nekrologija**. W Dublinie umarł nagle Dr. O'Dwyer, znakomity praktyk. — W Wiedniu umarł Dr. Ryszard Wittelshöfer, docent chirurgii, syn zmarłego niedawno redaktora *W. med. Woch.* Urodzony w r. 1853, kształcił się w Wiedniu i Heidelbergu, w r. 1877 uzyskał stopień Dra a w r. 1884 habilitował się we Wiedniu.

(*T.*) Zmarli: Dr. Hilary Witkowski, lek. pow. Kiereńskiego (gub. Penzańska), który przez ciąg 30 let. pobytu w têm mieście zjednał sobie uznanie (ofiarowano mu nawet honorowe obywatelstwo miasta) i Dr. Michał Rodziewicz, lekarz powiatowy w Nerechin (gub. Kostromskiéj).

Dochodzi nas bolesna wiadomość o śmierci Dondersa, która nastąpiła w Utrechcie d. 24 b. m. Franciszek Korneli Donders urodził się d. 27 maja 1818 r. w Tilburg w Brabancie północnym i w r. 1842 uzyskał stopień Dra med. w Leydzie. Z początku czynny jako lektor anatomii i fizyjologii w szkole wojskowo-lekarskiéj w Utrechcie, w r. 1848 powołany został na profesora nadzw. przy tamecznym Wydziale lek. a w r. 1852 mianowany prof. zwyczajnym, oddawał się przeważnie oftalmologii i wykonywał praktykę okulistyczną aż do r. 1862. W r. 1855 razem z Arltem i Graefem począł wydawać *„Archiv f. Ophth.“* W r. 1858 założył w Utrechcie zakład dla chorych na oczy. Dopiero w r. 1862 po śmierci Schrödera v. d. Kolk otrzymał katedrę fizyjologii a w r. 1866 otwarty został w Utrechcie nowy zakład fizyjologiczny, urządzony według jego wskazówek, a w zakładzie tym był czynnym aż do śmierci. Nader liczne prace jego, ogłoszone w języku holenderskim, szybko doczekały się tłumaczenia na wszystkie prawie języki; dzieła te odnoszą się głównie do zakresu fizyjologii i oftalmologii, a jakkolwiek przeważnie monografije jego posuwały naukę naprzód, to jednak najbardziéj rozpowszechnione były dwa dzieła jego, a mianowicie „Fizyjologija ludzka“ tłumaczona na język niemiecki przez Theilego i na polski przez Fabiana i Stockmanna (Warszawa 1872), oraz „Zboczenia refrakcyi i akomodacyi“, które w r. 1864 wyszły w języku angielskim i tłumaczone zostały przez O. Beckera na język niemiecki, przez Weckera na francuski a Quaglinę na włoski. Z Dondersem runął jeden z głównych filarów nowoczesnéj nauki lekarskiéj; był on godnym następcą sławnych mistrzów holenderskich 17go i 18go wieku: Leuwenhoecków, Swammer-

damów, Ruyschów, Verheyenów, Sylwiusów, Boerhaawów, van Swietenów.

Dziś rano umarł w Krakowie Dr. Tomasz Wojnarski, sekundaryjusz w szpitalu św. Łazarza, licząc lat 32.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 3: Winawera: O mięsieniu w chorobach kob. podług Thure Brandta (dok.). — W *Medycynie* Nr. 12: Stankiewicza: O cięciu zewn. cewki moczowéj przy zwężeniach téjże; Dobrzyckiego; Sławuta (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki i terapii pierwotnego raka krtani; Hewelkego: Przyczynek do farmakologii fluorku sodu; Neufelda: Limfotoki podskórne (dok.); Freidensona: Przypadek ciała obcego w krtani.

Redakcyja otrzymała:

Dr. N. REICHMANN (w Warszawie): Uiber d. Anwendung d. Pankreaspräparate b. atroph. Magenkatarrh. (Odbitka z *W. med. Woch.* 1889) in 8vo str. 6. — Doc. Dr. CHODONUSKY: Alkaloidy a glykosidy, V Praze, in 8vo str. 21. — Tenże: Otrava kafrem. (Odbitka z *Časop. lek. cesk.* 1889). in 4to str. 4. — Tenże: O rozpustnosti sirnikn a kysl. arsenového. (Odbitka z „*Listu Chemick.*“) in 8vo str. 4. — Tenże: Rozkład kys. chinové zředěnou kys. solnou. (Odbitka z *Věstn. k. c. spol. nauk*). in 8vo str. 3. – Dr. J. SCHREIBER: Wesen u. mech. Behandlung d. Muskelrheumatismus. (Odbitka z *W. med. Woch.* 1889) in 8vo str. 15

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 3 kwietnia o godzinie 7téj w **sali wykładowéj prof. Blumenstoka** zwyczajne posiedzenie, na którém prócz niezałatwionych na poprzedniém posiedzeniu spraw kolega Dr. Filipkiewicz mówić będzie „O przypadkach wyprysku ogólnego na tle skazy dnawéj (*diathesis urica*)“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie.

L. 3310 / pr.

W myśl rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 18go września 1875. Dz. P. P. Nr. 126, odbędą się egzamina dla lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z 21 marca 1873 Dz. P. P. Nr. 37, w celu uzyskania stałej posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych w maju 1889, a to dla lekarzy w Krakowie, a dla weterynarzy we Lwowie.

Podania o przypuszczenie do tych egzaminów mają być wniesione najdaléj do dnia 15 kwietnia b. r. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie, przez dotyczące c. k. Starostwo i zaopatrzone w dowody, wymagane w §. 7 i 17 wyż powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie 24 marca 1889.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.